

KEBIJAKAN DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN ANGKA KEMATIAN BAYI DI 5 KABUPATEN/KOTA PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

Turniani Laksmiarti¹ dan Betty Roosihermiatie¹

ABSTRACT

The Health development targets are to accelerate the decrease of Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR). In South Kalimantan Province since 1997 to 2000, some area, received Mothercare Programe trials, but the MMR and IMR remain so high. This study aimed to analyze policies issued by South Kalimantan Province in efforts to decrease the MMR and IMR, because the MMR and IMR are still high enough in comparasion to other provinces. It was a descriptive study that retrospectively analyzed policies issued in the past and are still in use. Results showed almost all policies on health in 5 (five) Districts in South Kalimantan Province were based on the national policies. The policies issued by the District Governments that have a direct association to decrease the MMR and IMR in year 1997 were the District Government Decision Letter on Safe Motherhood (GSI/Gerakan Sayang Ibu) with all the activities. The strategy on Making Pregnancy Safer (MPS) has not been conducted in all study areas because the information was just received in 2004. The alternative policies recommended in efforts to decrease the MMR and IMR are 1. It needs a sustainable program in the internal of health sector in which the Making Pregnancy Safer (MPS) could be used as basis of integrated efforts to decrease the MMR and IMR, 2. Because Safe Motherhood is well known in the community so it should be integrated to the MPS, 3. Data information should function more accurately, especially the MMR and IMR to be used for policies.

Key words: policy, retrospective, accelerating, decrease, MMR and IMR.

PENDAHULUAN

Meskipun kebijakan pembangunan kesehatan telah diarahkan dan diprioritaskan pada upaya pelayanan kesehatan dasar, yang lebih menitik beratkan pada upaya pencegahan dan penyuluhan kesehatan, akan tetapi persepsi masyarakat cenderung masih tetap berorientasi pada upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan (Peraturan Pemerintah RI, 2005). Sedang upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat menciptakan pola hidup sehat (Paradigma Sehat) sulit dicapai, karena tidak ditunjang oleh faktor sosial-ekonomi, tingkat pendidikan dan budaya masyarakat (Sumaryadi Nyoman, 2005). Sedang sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai antara lain meningkatnya secara bermakna umur harapan hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI), menurunnya angka kesakitan beberapa penyakit penting, menurunnya angka kecacatan dan ketergantungan, meningkatnya

status gizi masyarakat, dan menurunnya angka fertilitas (Departemen Kesehatan, 1999)

Menurut Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, menyatakan bahwa daerah diberikan keleluasaan dalam merencanakan, mengelola anggaran, dan menerbitkan serta melaksanakan kebijakan dengan pedoman sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang yang mendukungnya, juga memberikan diskresi yang luas kepada daerah untuk menentukan jumlah dan membentuk organisasi dan perangkat daerah sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing (Sumaryadi Nyoman, 2005). Selanjutnya dengan adanya Undang-Undang tersebut diharapkan beberapa program kesehatan yang diarahkan lebih mempunyai inovasi yaitu dalam menurunkan AKI dan AKB serta tercapainya umur harapan hidup dan terpenuhi gizi masyarakat, yang pada tahun 1997 telah diprakasai adanya proyek *Mothercare* (Azwar A, 2002).

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Indrapura 17, Surabaya 60176

Korespondensi: Turniani Laksmiarti

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan

Jl. Indrapura No. 17, Surabaya 60176

E-mail: dm_x_indigo@hotmail.com

Pada tahun 1997 sampai dengan tahun 2001 beberapa daerah di Provinsi Kalimantan Selatan memperoleh proyek dari Bank Dunia dengan program Mothercare atau Gerakan Sayang Ibu (GSI) dengan kegiatan lomba bayi sehat, lomba GSI dari tingkat desa sampai tingkat provinsi, lomba bidan berprestasi. Kegiatan tersebut diharapkan mempunyai dampak langsung terhadap penurunan AKI dan AKB. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002–2003, di Provinsi Kalimantan Selatan secara keseluruhan AKI dan AKB masih cukup tinggi yaitu AKI 841 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) dan AKB 70 per 1000 KH (Badan Pusat Statistik dan ORC Macro, 2003), sedangkan target Indonesia Sehat 2010 untuk AKI 226 per 100.000 KH dan untuk AKB 25 per 1000 KH (Departemen Kesehatan, 1999).

Untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB, Departemen Kesehatan telah menerbitkan kebijakan melalui Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan Oktober tahun 2000 untuk dilaksanakan tahun 2001–2010 (Departemen Kesehatan, 2001).

Adanya kesenjangan antara target dan pencapaian tersebut di atas maka perlu dilakukan penelitian untuk mengkaji kebijakan-kebijakan yang telah diterbitkan pemerintah daerah dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Provinsi Kalimantan Selatan.

METODE

Penelitian ini merupakan studi evaluatif secara retrospektif dengan desain potong lintang (Sudarwan D, 2005). Pengumpulan data dilakukan secara kualitatif dengan wawancara mendalam dan secara kuantitatif melalui pengumpulan data sekunder. Lokasi penelitian di lima (5) Kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan yaitu Kabupaten: Barito Kuala, Banjar, Banjarbaru, Hulu Sungai Selatan (HSS) dan Hulu Sungai Tengah (HST).

Pengumpulan data dilakukan pada Dinas Kesehatan, Biro Kesejahteraan Rakyat, Badan Perencanaan Kabupaten, RS Khusus, Rumah Bersalin, Poliklinik, Ikatan Bidan, yaitu Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Sub Din Kesehatan Keluarga, Kepala Sub Bagian Perencanaan, Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak; Pemerintah daerah: Kepala Biro Kesejahteraan Rakyat, Kepala Badan Perencanaan Kabupaten, Rumah Sakit Umum Daerah (Dokter Spesialis Kebidanan/Kandungan dan Dokter Spesialis

Anak), RS Bersalin: Direktur Rumah Sakit Bersalin, Poliklinik: Dokter Spesialis Kebidanan/Kandungan dan Dokter Spesialis Anak, Ikatan Bidan Kabupaten: Ketua IBI Kabupaten.

Data kualitatif dianalisis secara *content analysis* dan data kuantitatif dianalisis secara *deskriptif*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Secara administratif Pemerintahan Provinsi Kalimantan Selatan terbagi dalam 2 (dua) Kota dan 11 (sebelas) Kabupaten dengan jumlah penduduk 3.174.551 jiwa (tahun 2005). Dari 11 wilayah tersebut jumlah penduduk terbanyak sebesar 566.008 jiwa di Kota Banjarmasin dan yang terendah 139.386 jiwa di Kabupaten Banjarbaru (Dinkes Provinsi Kalimantan Selatan, 2006).

Di Provinsi Kalimantan Selatan terdapat 27 rumah sakit. Jumlah masyarakat yang memanfaatkan rumah sakit sebanyak 331.727 orang yaitu kunjungan rawat jalan 251.669 orang, kunjungan rawat inap 37.832 orang pada tahun 2005. Jumlah puskesmas sebanyak 193 unit, yang terdiri dari puskesmas perawatan dan puskesmas non perawatan. Pemanfaatan puskesmas untuk rawat jalan sebanyak 1.422.952 pasien dan rawat inap sebanyak 274.686 pasien (Dinkes Provinsi Kalimantan Selatan, 2006).

Data tenaga kesehatan menunjukkan jumlah dokter umum di puskesmas sebanyak 203 orang, dan di rumah sakit pemerintah dan swasta sebanyak 90 orang atau rasio dokter umum 6,39 per 100.000 penduduk. Jumlah dokter spesialis di rumah sakit pemerintah dan swasta sebanyak 148 orang atau dengan rasio dokter spesialis 4,66 orang per 100.000 penduduk (Dinkes Provinsi Kalimantan Selatan, 2006).

Produk Kebijakan Bidang Kesehatan pada Daerah Penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan

Hasil wawancara mendalam dan pengumpulan data sekunder terhadap kebijakan penurunan AKI dan AKB yang diterbitkan oleh Pemerintah Daerah Penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan disajikan pada Tabel 1.

Di Provinsi Kalimantan Selatan, kebijakan bidang kesehatan yang ada sampai dengan saat ini dalam bentuk Surat Keputusan Bupati. Hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten pada 5 (lima) daerah penelitian menyatakan:

"bahwa kebijakan dalam bentuk Surat Keputusan Bupati lebih mudah daripada dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) karena untuk Perda prosesnya cukup sulit, antara lain harus melampaui beberapa tahapan yang terkait dengan unsur politis sehingga memerlukan waktu yang cukup lama, sehingga untuk mempercepat proses kegiatan, maka kebijakan dalam bentuk apapun diperlukan sebagai bahan pendukung dalam pengajuan anggaran dan untuk mempermudah dalam koordinasi....."

Tabel 1 menunjukkan bahwa kebijakan yang mempunyai hubungan langsung dengan penurunan AKI dan AKB di daerah penelitian sampai saat ini adalah Surat Keputusan Bupati tentang Gerakan Sayang Ibu (GSI) dengan kegiatan-kegiatannya yang diterbitkan sejak tahun 1997. Didapatkan kegiatan-kegiatan GSI tersebut yaitu lomba-lomba antara lain lomba GSI, lomba bayi sehat, lomba bidan berprestasi, lomba kecamatan/desa sehat, serta penilaian kinerja bidan dan pelaksanaan Audit Maternal Perinatal (AMP). Kegiatan-kegiatan tersebut berkoordinasi dengan lintas sektor, Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dan masyarakat dengan anggaran dari pemerintah daerah. Sedang kebijakan teknis operasional yang merupakan kebijakan nasional yaitu kebijakan MPS belum semua daerah penelitian mendapatkan informasi.

Terdapat 3 (tiga) Kabupaten yang telah mendapatkan uji coba proyek *Safe Motherhood* yang dibiayai Bank Dunia yaitu Kabupaten Barito Kuala, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan. Tetapi kabupaten-kabupaten di atas belum memahami aplikasi kebijakan teknis yang dikeluarkan Departemen Kesehatan, bahkan Kepala Sub Dinas/Bidang Kesehatan Keluarga di Kabupaten: Barito Kuala, Banjar, dan Hulu Sungai Tengah belum memahami implementasi strategi tersebut karena yang bersangkutan relatif baru menjabat. Sebagaimana dikatakan Kepala Dinas Kesehatan (KaDinkes) Kabupaten Banjar, Barito Kuala dan Hulu Sungai Tengah menyatakan:

"Undang-Undang Otonomi Daerah menyebabkan mutasi pada Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga yang kurang memperhatikan kompetensi sumber daya manusia. Sehingga program kesehatan, terutama penurunan AKI dan AKB kurang optimal pencapaiannya dan proyek ujicoba yang didanai melalui SMP-FA (*Safe Motherhood Project - Family Assistance*) tersebut cenderung tidak diteruskan karena kurang dikuasainya proses perencanaan anggaran terutama dalam kegiatan penurunan AKI dan AKB....."

Hasil wawancara responden terhadap kebijakan-kebijakan yang ada dan kebutuhan kebijakan untuk menurunkan AKI dan AKB.

Tabel 1. Jenis kebijakan bidang kesehatan pada daerah penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2005

No.	Daerah	Materi kebijakan	Jenis kebijakan	Tahun diterbitkan
1.	Kabupaten Banjarbaru	-	-	-
2.	Kabupaten Banjar	Pokja GSI	SK Bupati	1997
3.	Kabupaten Barito Kuala	a. Tim GSI tk. Kecamatan s/d Kabupaten	SK Bupati	1997 s/d 2002
		b. Bidan Berprestasi	SK Bupati	2005
		c. Bantuan Biaya	SK Bupati	2005
		d. Balita Sejahtera Bidan Desa	SK Bupati	2005
4.	Kabupaten Hulu Sungai Tengah	a. Pokja GSI	SK Bupati	1997
		b. Forum Hulu Sungai Tengah Sehat 2008	SK Bupati	2005
5.	Kabupaten Hulu Sungai Selatan	a. Pokja GSI	SK Bupati	1999
		b. Tim AMP	SK Bupati	2000
		c. Tim Bidan Desa Terbaik	SK Bupati	2004
		d. Tim Penilai Kinerja Bidan Desa	SK Bupati	2006

Sumber data sekunder: Dinkes kabupaten/kota masing-masing daerah penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan

- Direktur Rumah Sakit, Spesialis Kandungan dan Kebidanan serta Spesialis Anak di Rumah Sakit Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Rumah Sakit Kabupaten Banjar menyatakan: *"Kebijakan yang ada di rumah sakit adalah Kebijakan Bupati Kepala Daerah yang berkaitan dengan fungsi pelayanan di rumah sakit yaitu tarif pelayanan rumah sakit, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif/PONEK...."*
Dan menurut Spesialis Kandungan dan Kebidanan: *"Sedang kebutuhan kebijakan untuk yang belum ada yaitu kebijakan sebagai rumah sakit PONEK dan kebijakan sebagai Tim AMP (Audit Maternal Perinatal)....."*
- Kepala Bapekab Banjar: *"Kebijakan Gubernur Provinsi Kalimantan Selatan yang disampaikan pada para Bupati yaitu sampai dengan tahun 2008 Kalimantan Selatan melakukan perbaikan pada infrastruktur, terutama jalan-jalan protokol serta jalan-jalan di daerah terpencil dan perbukitan dengan tujuan untuk meningkatkan perekonomian penduduk dan memperlancar jalur lalu lintas. Untuk sarana kesehatan Pemerintah menambah peralatan kesehatan di daerah terpencil dan memperbaiki puskesmas-puskesmas, serta memberikan dana tambahan untuk masyarakat yang kurang gizi sehingga penduduk Kalimantan Selatan tidak ada yang kurang gizi....."*
- Ketua Ikatan Bidan di 5 (lima) kabupaten menyatakan: *"Bahwa sampai dengan saat ini IBI bertugas membantu pemerintah dan sebagai mitra dari Dinas Kesehatan, maka IBI tidak menerbitkan kebijakan....."*

Dan mengenai kebutuhan tenaga bidan, Ketua IBI Kabupaten Barito menyatakan:

"Kebutuhan kebijakan yang diperlukan oleh IBI yaitu keikutsertaan IBI dalam penempatan tenaga Bidan....."

Kebijakan terhadap Anggaran

Alokasi anggaran kesehatan terhadap APBD (Anggaran Perencanaan dan Belanja Daerah) masih cukup rendah, demikian pula dengan alokasi anggaran pada program penurunan AKI dan AKB. Pada Tabel 2 ditampilkan alokasi anggaran kesehatan terhadap APBD di daerah penelitian.

Alokasi anggaran kesehatan terhadap APBD Kabupaten pada daerah penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan yaitu antara 2,36%–8,44%; yang tertinggi di Kabupaten Hulu Sungai Selatan sebesar 8,44% sedangkan yang terendah di Kabupaten Banjar Baru sebesar 2,36%. Dan alokasi anggaran program kesehatan keluarga secara keseluruhan terhadap anggaran kesehatan di daerah penelitian yaitu antara 0,08%–1,9%, di mana alokasi anggaran kesehatan keluarga tersebut terdiri dari alokasi anggaran untuk program perbaikan gizi dan program KIA/KB. Menurut DIPA Dinkes Kabupaten Hulu Sungai Tengah tahun 2006 alokasi anggaran KIA/KB lebih rendah daripada anggaran perbaikan gizi yaitu untuk perbaikan gizi sebesar Rp. 309.850.200,- dan untuk KIA/KB sebesar Rp. 33.153.500,-

Kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak

Hasil kegiatan yang berhubungan dengan penurunan AKI dan AKB di daerah penelitian disajikan pada Tabel 3.

Jumlah lahir mati, bayi dan balita mati di setiap daerah penelitian tidak dapat dibandingkan karena di setiap lokasi jumlah pembagi yaitu jumlah kelahiran tidak sama untuk setiap daerah. Tetapi menurut

Tabel 2. Alokasi anggaran program kesga terhadap bidang kesehatan dan anggaran bidang kesehatan terhadap APBD kabupaten/kota pada daerah penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2005

No.	Daerah	Alokasi		
		APBD Kab/Kota	APBD Kesehatan	Program KesGa
1	Kabupaten Banjarbaru	184.918.373.000,-	4.364.073.603,- (2,36%)	63.891.000,- (1,46%)
2	Kabupaten Banjar	105.574.929.995,-	3.132.370.000,- (1,25%)	59.750.000,- (1,90%)
3	Kabupaten Barito Kuala	tidak didapat data	11.522.574.743,- (-)	101.400.000,- (0,08%)
4	Kabupaten H S T	87.987.436.813,-	3.826.138.000,- (4,34%)	64.004.527,- (1,67%)
5	Kabupaten H S S	250.908.728.271,-	21.189.590.703,- (8,44%)	260.552.400,- (1,22%)

Sumber data sekunder: Dinkes Provinsi Kalimantan Selatan,

HST = Hulu Sungai Tengah, HSS = Hulu Sungai Selatan

Tabel 3. Jumlah kelahiran, lahir mati sampai dengan kematian balita pada daerah penelitian Provinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2005

No.	Daerah	Jumlah Kelahiran	Jumlah Lahir Mati	Jumlah Bayi Mati	Jumlah Balita	Jumlah Balita Mati
1.	Kabupaten Banjarbaru	2.752	-	16	14.278	0
2.	Kabupaten Banjar	10.336	24	33	15.281	0
3.	Kabupaten Barito Kuala	5.726	98	49	24.331	-
4.	Kabupaten HST	4.747	16	73	23.316	0
5.	Kabupaten HSS	4.096	36	44	21.088	1

HST = Hulu Sungai Tengah, HSS = Hulu Sungai Selatan

Tabel 4. Jumlah kematian ibu maternal pada daerah penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2005

No.	Daerah	Jumlah Ibu Hamil	Jumlah Kematian Ibu Maternal			Jumlah
			Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Ibu Nifas	
1.	Kabupaten Banjarbaru	3.652	0	1	0	1
2.	Kabupaten Banjar	11.575	0	8	0	8
3.	Kabupaten Barito Kuala	6.904	5	2	0	7
4.	Kabupaten HST	5.303	0	3	7	10
5.	Kabupaten HSS	5.183	0	7	0	7

HST = Hulu Sungai Tengah, HSS = Hulu Sungai Selatan

prosentasi jumlah kematian untuk Kabupaten Barito Kuala 2,74% (157/5.726) masih cukup tinggi.

Tahun 1997 sampai dengan tahun 2000 Kabupaten Barito Kuala mendapatkan anggaran uji coba proyek SMP-FA dan selanjutnya pada tahun 2001 sampai dengan 2002 mendapatkan anggaran dari Pemda sebesar Rp. 7.500.000,- untuk peningkatan kinerja bidan desa.

Demikian pula dengan Kabupaten Hulu Sungai Selatan yang mempunyai anggaran bidang kesehatan yang cukup tinggi dibandingkan dengan kabupaten lain, selain terdapat ujicoba proyek *Safe Motherhood*.

Tabel 4 menyajikan jumlah kematian maternal tahun 2005 di daerah penelitian.

Jumlah kematian maternal yang terdiri dari kematian ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas di Kabupaten Hulu Sungai Tengah sebanyak 10 orang dari 5.303 ibu hamil sedang Kabupaten Banjar sebesar 8 orang dari 11.575 ibu hamil. Menurut geografis, jumlah kematian maternal di Kabupaten Banjar seharusnya lebih rendah dibandingkan kabupaten lain karena letaknya dekat dengan ibukota provinsi, mudah terjangkau, jumlah tenaga medis dan paramedis yang cukup memadai tersedia sarana pelayanan kesehatan yang memadai (Puskesmas PONEK dan RS PONEK).

Komitmen dan Dukungan Politis pada Daerah Penelitian di Provinsi Kalimantan Selatan

Alokasi anggaran kesehatan di daerah penelitian antara 2,36% - 8,44% terhadap APBD yang masih jauh di bawah kesepakatan Bupati/ Walikota se Indonesia tahun 2001 yaitu 15% terhadap APBD. Visi dan misi 5 (lima) kabupaten daerah penelitian, telah sesuai dengan visi dan misi Indonesia Sehat 2010 walaupun prioritas pelaksanaannya tidak sama dalam setiap kabupaten. Hal ini disesuaikan dengan kepentingan dan kebutuhan daerah. Secara keseluruhan tujuan yang akan dicapai oleh Provinsi Kalimantan Selatan adalah meningkatkan ekonomi rakyat, pemberantasan buta aksara, menyehatkan dan mensejahterakan masyarakat dengan menyelaraskan pada daerah-daerah lainnya yang lebih maju.

Dalam mengaplikasikan kebijakan Gubernur Kalimantan Selatan, sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2008 diprioritaskan perbaikan infrastruktur dengan harapan masyarakat akan lebih mudah mengakses fasilitas kesehatan untuk mempermudah dan mempercepat rujukan dan perbaikan beberapa sarana pelayanan kesehatan dengan perbaikan puskesmas dari 15 puskesmas perawatan menjadi 27 puskesmas dengan pelayanan PONEK di Provinsi Kalimantan Selatan.

Sedangkan kebijakan Bupati Kabupaten Hulu Sungai Tengah mempunyai komitmen membangun pos kesehatan desa dan rumah bidan desa sampai tahun 2006 dalam mempersiapkan desa siaga di daerah terpencil dan sangat terpencil. Dan Kabupaten Hulu Sungai Selatan menyediakan peningkatan anggaran Dinas Kesehatan setiap tahunnya untuk kegiatan KIA dalam mempercepat penurunan AKI dan AKB.

Faktor-faktor yang Menghambat terhadap Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan dalam Percepatan Penurunan AKI dan AKB

Pada era otonomi, kebijakan yang langsung berhubungan dengan daerah mutlak menjadi keputusan daerah. Beberapa program pusat yang bersifat nasional tidak bisa dipaksakan, terutama bila berkaitan langsung dengan anggaran. Sehingga ada asumsi bila Pusat menerbitkan kebijakan perlu diikuti dengan penganggarnya (Tabrany H, 2005).

Kebijakan penurunan AKI dan AKB merupakan kebijakan nasional, yang dimulai sejak tahun 1997 dengan diikuti anggaran dari pusat melalui ujicoba proyek SMP-FA yang dibiayai oleh Bank Dunia. Tahun 2000 ujicoba proyek tersebut telah selesai yang diharapkan menjadi kelanjutan program dengan anggaran pemerintah daerah, tetapi hanya 1 (satu) kabupaten yang melanjutkan dengan penganggaran daerah (APBD).

Adanya otonomi Daerah mengakibatkan mutasi tenaga pemegang program KIA sehingga beberapa program nasional yaitu penurunan AKI/AKB menjadi kurang optimal atau keterlambatan pencapaian target kegiatan karena kurang kompetensi dan memerlukan waktu untuk mendalami program tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kebijakan-kebijakan di 5 (lima) Kabupaten Provinsi Kalimantan Selatan dalam upaya penurunan AKI dan AKB masih menggunakan strategi Gerakan Sayang Ibu yang diterbitkan sejak tahun 1997. Sedangkan kebijakan MPS belum

dilaksanakan walaupun sudah disosialisasikan sejak tahun 2004. Dalam mewujudkan penurunan AKI dan AKB, Provinsi Kalimantan Selatan berasumsi bahwa perbaikan infrastruktur dengan sendirinya akan

meningkatkan ekonomi masyarakat yang akan diikuti dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Hambatan dalam implementasi kebijakan ternyata bukan dari masyarakat tetapi berakar dari birokrasi pemerintah sendiri baik pemerintah pusat, pemerintah daerah propinsi maupun daerah otonomi. Disektor kesehatan, sejauh ini belum jelas bagaimana pemerintah pusat dan daerah bekerja sama dalam mewujudkan visi nasional. Peran pemerintah daerah dinilai juga sangat penting dalam alokasi anggaran kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk itu Pemda diharapkan dapat memberikan dana tambahan atau penyerta sebagai keberlangsungan program kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak.

Beberapa implikasi kebijakan yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan dalam penurunan AKI dan AKB kurang mendapatkan perhatian daerah, antara lain disebabkan:

- Kurang adanya monitoring sehingga terdapat kesulitan dalam mendapatkan umpan balik pengalaman dan bukti dalam pengambilan kebijakan.
- Diperlukan mekanisme yang mendasar untuk mendapatkan informasi akurat dari lapangan sehingga kebijakan yang diterbitkan dapat diaplikasikan.
- Kurangnya keterlibatan organisasi masyarakat dalam proses kebijakan kesehatan sehingga kebijakan yang dihasilkan dapat mengakomodir kebutuhan masyarakat (Wayne P, 2005).

Saran

Dari beberapa uraian di atas diajukan beberapa alternatif rekomendasi kebijakan yang berlandaskan pada kebijakan-kebijakan nasional yang sudah ada yang berdasarkan metodologis:

1. Perlu ada kesinambungan program dalam internal kesehatan di mana MPS dapat menjadi landasan untuk seluruh upaya terpadu dalam pencapaian penurunan AKI dan AKB.
2. Karena GSI yang lebih dikenal oleh masyarakat luas, maka MPS merupakan bagian integral dari GSI.
3. Fungsi informasi data lebih diakuratkan kembali, sehingga data-data AKI dan AKB yang ada dapat dimanfaatkan dalam pengambilan kebijakan.

4. UU Nomor 22 tahun 1999 menganut falsafah yang sudah sangat umum dikenal yaitu *No mandate without funding*, artinya setiap pemberian kewenangan dari pemerintah pusat kepada daerah harus disertai dengan dana yang jelas dan cukup (Trisnantoro L D, 2005). Karena itu subsidi merupakan elemen yang sangat penting dalam hal keuangan daerah, apakah itu berbentuk DAU ataupun DAK, dan bantuan keuangan lainnya.
5. Sesuai dengan UU Nomor 32 tahun 2004 tentang kewenangan daerah otonom, maka perlu dilakukan penetapan kembali sasaran-sasaran AKI dan AKB untuk lebih memungkinkan pencapaiannya yang disesuaikan dengan wilayah dan kecenderungannya dengan skenario yang lebih pesimistis.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar Azrul, 2002. *Policy in Improving Demand for Maternal and Neonatal Health Services to Support Making Pregnancy Safer Presented at NGO's Meeting*, Jakarta 19 June 2002
- Badan Pusat Statistik, 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2002–2003*, Jakarta.
- Banjar. Dinas Kesehatan, 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Banjar Tahun 2005*, Banjar.
- Banjarbaru. Dinas Kesehatan, 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Banjarbaru*.
- Barito Kuala. Dinas Kesehatan Kabupaten Barito Kuala, 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Barito Kuala Tahun 2005*, Barito Kuala.
- Hasbullah, Thabrany, 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, Jakarta: Raya Grafindo Persada.
- Hulu Sungai Selatan. Dinas Kesehatan, 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2005*, Hulu Sungai Selatan.
- Hulu Sungai Tengah. Dinas Kesehatan, 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Tengah Tahun 2005*, Hulu Sungai Tengah.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2001. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001–2010*. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, 2003. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1457/MenKes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Indonesia. Undang-Undang, 2004. *Peraturan Pemerintah RI tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004–2009, Bab 16 Penanggulangan Kemiskinan*, Jakarta: Tamita Utara hal 181–201.
- Kalimantan Selatan, Dinas Kesehatan, 2006. *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005*, Banjarmasin.
- Nyoman, Sumaryadi, 2005. *Efektivitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah*, Jakarta: Citra Utama.
- Parson Wayne, 2005. *Public Policy-Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, Jakarta: Kencana.
- Sudarwan, Danin, 2005, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*, Jakarta: Bumi Aksara.
- Trisnantoro L, 2005. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001–2003*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

PERSEPSI DUKUN BAYI TERHADAP KEMITRAAN DENGAN BIDAN DALAM PERTOLONGAN PERSALINAN DI PEDESAAN (Studi di Provinsi Jawa Timur dan Kalimantan Selatan)

Rukmini¹ dan Ristrini¹

ABSTRACT

The partnership between Traditional Birth Attendants (TBAs) and midwives is one of Government efforts to increase the coverage of safe deliveries and to improve the referral system by TBAs. This study aimed to determine TBA perceptions about the partnership with midwives in assisting child birth at villages. It was an observational study with a cross sectional approach. The perception of TBAs on partnership with midwives were collected by interview using questioners. There were 40 TBAs from eight Public Health Centers in four district in East Java and South Kalimantan Provinces as respondents. Results showed that 80%-100% TBAs had partnership and frequent partnership with midwives in East Java provinces better than that in South Kalimantan. In the partnership midwives provide more services and nursing at deliveries, whereas the traditional birth attendants gave more post delivery services in the post delivery period. TBAs responded that the health services by the midwives and their skill were good. The expenses for assisting birth was relatively cheap in both provinces. Therefore, TBAs and midwives partnership has to be improved since early pregnancy to delivery, post delivery services and nursing of babies, to prevent infant and maternal deaths.

Key words: Traditional Birth Attendants (TBAs), midwives, partnership, assisting deliveries

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia masih belum memuaskan, hal ini terbukti dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2003, AKI di Indonesia masih sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan AKB sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2004). Salah satu penyebab masih tingginya AKI adalah akses pada pelayanan persalinan aman dan bersih masih terbatas. Upaya yang mempunyai dampak relatif cepat terhadap penurunan angka kematian ibu adalah penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas di masyarakat dan didukung oleh peningkatan kualitas sistem rujukan. Untuk mendekatkan pelayanan tersebut Departemen Kesehatan melalui surat edaran Direktur Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat No. 429/Binkesmas/DJ/III/89 tanggal 29 Maret 1989 melaksanakan program penempatan 54.120 bidan di desa yang dilakukan secara bertahap. Sampai

dengan tahun 2000 terdapat 62.812 bidan desa (Depkes RI, 2002).

Penempatan bidan di desa bertujuan untuk mengatasi berbagai kesenjangan yaitu dalam memperoleh pertolongan persalinan yang aman dan bersih, informasi mengenai kesehatan ibu dan anak, perilaku hidup bersih dan sehat, sosial budaya antara petugas kesehatan dan masyarakat yang dilayani, kesenjangan ekonomi dalam mendapatkan pelayanan kebidanan profesional dan dalam pelayanan rujukan (Depkes RI, 2002).

Penempatan bidan akan meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di desa secara optimal (Koblinsky, 1997). Penempatan bidan di desa yang dilaksanakan sejak tahun 1989, ternyata pemanfaatannya belum optimal yang tercermin dari tetap tingginya persalinan yang ditolong oleh dukun tradisional. Berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2004, persentase pertolongan persalinan dukun bayi tradisional lebih tinggi pada daerah pedesaan 49,9%

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Jl. Indrapura No.17, Surabaya 60176

Korespondensi: Rukmini

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan
Jl. Indrapura No.17, Surabaya 60176
E-mail: imas_yatno@yahoo.co.id